SON 5 YILDA PEPTİK ÜLSER CERRAHİSİ

Doç. Dr. Yılmaz ERSAN, Uz. Dr. Süphan ERTÜRK, Uz. Dr. Vedat DURGUN, Uz. Dr. Serdar YÜCEYAR, Uz. Dr. Murat ÖZCAN

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Alındığı Tarih : 9 Aralık 1993

ERSAN, Y., ERTÜRK, S., DURGUN, V., YÜCEYAR, S. , ÖZCAN, M.: Son 5 Yılda Peptik Ülser Cerrahisi

Cerrahpaşa Tıp Fak. Der. 25: 329-335, 1994

ÖZET

1988-1992 yılları arasında, kliniğimizde, cerrahi olarak tedavi edilen 536 hastanın kayıtları retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların yaşı 16-87 arasında olup ortalama yaşları 44,2 idi. Erkeklerin kadınlara oranı 1988'de 2,6 dan, 1992'de 3,7'ye yükseldi.

Üst gastrointestinal kanalın radyolojik ve endoskopik muayenesi, başlıca teşhis yöntemleriydi. Vak'aların (313 vak'a) çoğunda duodenal ülser vardı. 536 hastadan 60'ında gastrik ülser bulundu. 148 hasta, "Gastrik outlet obstruksiyon" sebebiyle, 17 hasta ise nüks ülser sebebiyle ameliyat edildi.

SUMMARY

PEPTİC ULCER SURGERY İN LAST 5 YEARS

Records of 536 patients with peptic ulcer disease treated surgically at Cerrahpaşa Medical Faculty from 1988 to 1992 were reviewed. The age of the patients ranged 16 to 87 years. The mean age was 44,2. The male to female ration increased from 2,6 in 1987 to 3,7 in 1992. Barium studies and upper GI endescopy were main diagnostic tools. Majority of the patients (313 patients) had noncomplicated duodenal ulcer. In 60 patients, gastric ulcer was found. 148 patients were operated on due to gastric outlet obstruction resulted from duodenal ulcer and 17 patients were operated on due to peptic ulcer recurrence.

GİRİŞ

Son yıllarda, peptik ülser olgularının teşhis değil, fakat tedavi kavramlarında değişiklikler olmuş, medikal tedavi ile daha iyi semptomatik iyileşme sonuçları alınmaya başlanmıştır. Tüm dünyada, cerrahi kliniklerinde tedavi edilen hasta popülasyonunda düşme mevcuttur.

Bu çalışmamızda 1988-1992 arası kliniğimizde, elektif şartlarda ameliyat edilen Peptik Ülser olguları incelenmiştir. Bu amaç dahilinde, peptik ülser olgularının dekatlara göre yaş dağılımı, anamnez özellikleri, teşhis yöntemleri, uygulanan ameliyatlar, peptik ülser ameliyatı ile birlikte uygulanan ameliyatlar, erken ameliyat sonuçları incelenmiş, ilgili literatür ışığında analiz edilmiştir. Elektif şartlarda ameliyat edilen olgular incelendiği için, ülser perforasyonu ve kanaması olguları çalışma dışı bırakılmış sadece Pilor Stenozu olguları çalışmaya dahil edilmiştir.

Materyal ve Metod:

1988-1992 yılları arasında, Genel Cerrahi Anabilim Dalında, 536 peptik ülser hastası, yatırılarak cerrahi tedavi uygulanmıştır. Bu hastaların 200'ü (% 37,3) kadın, 336'sı (% 62,7) erkekdir. En genç hastalar 16 yaşlarında bir kadın ve bir erkek hasta, en yaşlı hastalar ise 87 yaşlarında iki erkek hastadır. Hastaların 5 yıllık yaş ortalaması ise 44,2'dir. Hasta dağılımında 31-40 yaş grubu (4. dekat) en fazla ameliyat yapılan hasta grubunu oluşturmaktadır.

Tablo 1 : 1988-1992 yılları arasında 10 senelik yaş grupları halinde hastaların yaş dağılımı.

Dekat	10	20	21	30	31	40	41	50	51	60	61	70	71	80	81	90	
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	Toplam
1988	2	3	8	10	10	37	7	13	5	14	1	5	2	3			120
	5		18		47		20		19		6		5				
1989	1	1	5	13	9	27	12	15	7	21	3	9	1	1		1	126
	2		18		36		27		28		12		2		1		
1990	1	4	5	9	5	26	4	10	8	14	8	5		3		3	105
	5		14		31		14		22		13		3		3		
1991			1	15	9	9	3	17	6	15	8	6	1				90
			16		18		20		21		14		1				
1992		1	3	8	4	23	5	15	3	16	2	7	3	5			95
	1		11		27		20		19		9		8				

Hastaların kendi ifadelerine göre "mide şikayetleri" süresi 6 ay ile 35 sene arasında değişmektedir. Ortalama süre 15,4 yıldır. 120 hastanın anamnezinde, geçirilmiş üst gastrointestinal kanama, 27 hastada ise geçirilmiş ulcus perforasyonu ve bu sebeble uygulanmış "Rafi-Omentoplasti" ameliyatı vardır. Hastaların hepsi, kliniğimizde müracaatlarından önce medikal tedavi görmüştür.

İki ana ameliyat endikasyonu inatçı ağrı ve Pilor stenozu olmuştur. Teşhis vasıtası olarak mide-duodenum grafisi ve gastro-duodenoskopi kullanılmış, mide ülseri olgularında endoskopik biopsi alınmıştır.

1988-1992 yılları arasında geçen 5 senelik sürede ameliyat edilen "Peptik Ülser" olguları 4 grupta sunulmuştur. (Tablo-2)

Tablo 2 : 1988-1992 yılları arasında ameliyat edilen peptik ülser olgularının yıllara göre sayısal dağılımı.

	1988		1989		1990		1991		1992		
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	Toplam
Ulcus Duodeni	17	49	17	57	15	44	22	37	13	42	313
	66		74		59		59		55		% 58,3
Ulcus Ventriculi	5	9	6	12	7	7	2	4	3	5	60
	14		18		14		6		8		% 10,8
Pilor Stenozu	10	28	14	16	9	20	4	18	4	25	148
	38		30		29		22		29		% 27,6
Nüks Ülser	1	1	1	4		3		4		3	17
	2		5		3		4		3		% 3,1
Toplam	120		126		105		90		95		536

Tablo 3 : 1988-1992 yılları arasında opere edilen u. duodeni olguları

Trunkal Vagotomi+Piloroplasti	204
Trunkal Vagotomi+Gastrojejunostomi+Braun	49
Trunkal Vagotomi+Antrektomi+Roux-en Y	18
Proximal Gastrik Vagotomi	16
Trunkal Vagotomi+Billroth-I	10
Trunkal Vagotomi+Antrektomi+Gastroje junostomi+Braun	6
Proximal Gastrik Vagotomi+Piloroplasti	5
Posterior Vagotomi+Anterior Seromiyotomi	3
Proximal Gastrik Vagotomi+Antrektomi+Billroth-I	1
Trunkal Vagotomi+Billroth-II	1

1988-1992 yılları arasında 60 Ulcus Ventriculi olgusu ameliyat edilmiştir. 7 olguda (% 112) nonrezektif, 51 olguda (% 88) rezektif ameliyatlar yapılmıştır. 29 olguda Tip-1, 13 olguda Tip-II, 18 olguda Tip-III ülseri tesbit edilmiştir. (Tablo-4). Aynı süre-de 148 Pilor Stenozu olgusu ameliyat edilmiştir. Bunların 41'i (% 27,7) kadın, 107'si (% 72,2) erkektir. 82 olguda (% 55,4) nonrezektif, 66 olguda (% 44,5) rezektif ameliyatlar yapılmıştır. (Tablo-5).

Tablo 4 : 1988-1992 yılları arasında ameliyat edilen Ulcus Ventriculi olguları

Distal gastrektomi+gastroje junostomi+Braun	13
Billroth-I	11
Trunkal Vagotomi+Piloroplasti	7
Trunkal Vagotomi+Antrektomi+Roux-en Y	7
Trunkal Vagotomi+Antrektomi+Gastroje junostomi+Braun	6
Wedge rezeksiyon	5
Trunkal Vagotomi+Billroth-I	4
Trunkal Vagotomi+Wedge rezeksiyon+piloroplasti	4
Trunkal Vagotomi+Wedge rezeksiyon+Gastroje junostomi+piloroplasti	1

Tablo 5 : 1988-1992 yılları arasında ameliyat edilen pilor stenozu olguları

Trunkal Vagotomi+Gastroje junostomi+Braun	57
Trunkal Vagotomi+Antrektomi+Roux-en Y	31
Trunkal Vagotomi+Piloraplasti	23
Trunkal Vagotomi+Billroth-I	11
Trunkal Vagotomi+Antrektomi+Gastroje junostomi+Braun	10
Distal Gastrektomi+Gastroje junostomi+Braun	6
Distal Gastrektomi+Roux-en Y	3
Trunkal Vagotomi+Billroth-II	3
Bilroth-II	2
Proximal Gastrik Vagotomi+Gastroje junostomi+Braun	2

1988-1992 yılları arasında ameliyat edilen 17 nüks ülser olgusunun 15'i (% 82,2) erkek, 2'si (% 11,7) kadındır. 2 olguda (% 11,76) nonrezektif, 15 olguda rezektif işlemler uygulanmıştır. (Tablo-6)

Tablo 6 : 1988-1992 yılları arasında ameliyat edilen Nüks ülser olguları

Rezeksiyon+Roux-en Y	7
Posterior Vagotomi+Billroth-I	3
Posterior Vagotomi+Antrektomi+Roux-en Y	3
Trunkal Vagotomi+ Rezeksiyon+Roux-en Y	2
Trunkal Vagotomi	2

Drenaj işlemi olarak piloroplastinin uygulandığı nonrezektif olgular içinde 23'ünde Finney, 3'ünde Jaboulay (Gastro-duodenostomi) piloroplasti, diğer olgularda Heinecke-Mickulicz piloroplasti uygulandı. 47 hastada peptik ülser ile birlikte başka cerrahi hastalıklarda vardı ve aynı seansda, bu cerrahi hastalıklar içinde cerrahi müdahale yapıldı.

Tartışma: 1980'li yıllara kadar, peptik ülser hastalığının elektif ameliyatları cerrahların esas klinik uğraşılarından biriydi. H_2-reseptör antagonistlerin tedavi sahasına girmesi ve yaygın olarak kullanılmaya başlaması, inatçı peptik ülser ağrısının elektif cerrahi tedavi sıklığını düşürmüştür (7, 34, 34). Yaklaşık 20 yıl önce peptik ülser, özellikle duo-

denl ülser ameliyatlarının yarısı elektif şartlarda yapılırken, bugün yapılan ameliyatların çoğu peptik ülserin hayatı tehdit eden perforasyon ve kanama gibi komplikasyonları sebebiyle acil şartlarda yapılmaktadır.

Mevcut epidemiyolojik kanıtlar, peptik ülser hastalığının azaldığını gösteriyorsada, günümüzün hastaları daha yaşlı, daha güçsüz, geçirilecek bir batın cerrahisi girişimi için daha yüksek risk grubundadırlar. (17)

Peptik ülserler, mide fundus salgısının temas ettiği mide, duodenum, özofagus, Meckel Divertikülü, ve mideye anastomoze edilen bir ince bağırsak segmentinde husule gelebilirler. Akut ülserler ekseriya yüzeyel ve birden fazla iken, kronik ülserler, tek, derin, büyük ve fibröz dokudan zengin olmak eğilimindedirler.

Peptik ülser cerrahi tedavisinin hedefleri: a) Muhtemel en az mortalite ile peptik ülser hastalığını ortadan kaldırmak, b) Ülserojenik ortamı değiştirerek nüks ülser ihtimalini azaltmak, c) Postoperatif gastrointestinal ve metabolik yan etkileri en aza indirmektir. Bu hedeflerin hepsini kapsamına alan tek bir ameliyat mevcut değildir. (17) Cerrahi ülser tedavilerinin çoğunun ana hedefi, mide asit sekresyonunu etkili şekilde azaltmaktadır. Midenin asit sekresyonundan sorumlu, cerrahi girişim ile ortadan kaldırılabilen iki komponenti, parietal hücre kitlesinin kolinerjik vagal uyarılması ve antrumun gastrin sekresyonudur. Vagotomi ameliyatları, parietal hücrelerin kolinerjik uyarılmasını ortadan kaldırarak asit sekresyonunu azaltır. İlaveten gastrin gibi kan dolaşımındaki endojen stimülanlara, parietal hücrelerin cevabını azaltır. Medikal tedaviye cevap vermeyen duodenal ülser hastalarında, günümüzde seçkin tedavi Proksimal Gastrik Vagotomidir. (Parietal PGV hücre vagotomisi). Bu vagotomi ameliyatı tipinde antral-pilorik boşaltma mekanizması bozulmamıştır. Bu mekanizmanın korunması gıdalar için normale yakın bir mide boşalması temin ettiği gibi, Dumping sendromu ve Postvagotomik diare gibi komplikasyonlarıda minimale indirir. (6,7) Ameliyat, piloroplastisiz veya pilor dilatasyonu, piloroplasti gibi ek cerrahi müdahalelerle birlikte yapılabilir. Bu ameliyattan sonra Dumping sendromunun % 2 civarında, ılımlı olduğu ve spontan düzelebildiği tesbit edilmiştir. Bu ameliyatın majör dezavantajı 10 yılda % 5-15 oranında olduğu bildirilen, bazı serilerde % 20'ye varan yüksek ülser nüksüdür. (6, 9, 17) Trunkal Vagotomi ile, yalnız parietal hücre kitlesinin değil, antrumunda vagal uyarıları ortadan kalktığı için, piloroplasti, gastrojejunostomi ve antrektomiyi takiben gastroje junostomi ilavesi zorunludur. (7,10) Ancak, bu üç ilave işlem, düzensiz mide boşalması ile, dumping sendromu, diare, geç postprandial hipoglisemi, duodenogastrik ve jejunogastrik reflü'ye yol açabilecektir. (12,14,17)

Trunkal Vagotominin antrektomi ile birlikte uygulanması, mide asit salgısını hem sefalik, hem antral fazını ortadan kaldırdığı için nüks ülser oranını 10 yılda % 0,5-1 gibi çok düşük rakamlara indirdiği görülmüştür. (10,17) Trunkal Vagotomi ve bir drenaj işlemini takiben nüks ülser oranı 10 yılda % 5-10 olarak gösterilmiştir. (13,17) Her iki ameliyatın,mortalite oranları % 1-1,8 olup, uzun süreli yan etkilerde % 10-11 bulunmuştur. (10) Posterior Trunkal Vagotomi ve Anterior Seromiyotomi, PGV'nin nadirde olsa görülebilen, küçük kurvatura iskemik nekrozu ve Laterjet sinirine zarar vermek ihtimallerini bertaraf etmek için uygulanmaya başlanmış olup ilk alınan sonuçları PGV ile aynıdır. (18) Aynı ameliyat laparoskopi tekniği ile de uygulanmıştır. (11)

Billroth-I ameliyatı, minimal morbidite ile mide ülserli hastaların % 95'inde küratifdir. Özellikle Tip-I ülserli hastalara uygulanır. (19) Tip-II ve Tip-III ülser hastalarında ise, yüksek asit yapımını azaltmak için bir vagotomi ilavesi gereklidir. (5) Bazı otörlerce, selim mide ülseri fizyopatolojisinde, asit-peptik ortamının esas olduğu inancı ile ülser eksizyonu ile PGV tavsiye edilmiştir. (15) Bu tedavi şekliyle iyi bir fizyoloji elde edilmiş, ancak özellikle prepilorik ülserli hastalarda yüksek nüks oranı dikkati çekmiştir. (9) selim mide ülserlerinin en problemli olanları gastroözofageal birleşkenin 2 cm civarında yerleşen Tip-4 ülserleridir. Tip-4 ülserleri için a) Biopsi veya eksizyon ile Trunkal Vagotomi, piloroplasti, b) Pauchet ameliyatı, c) Kelling-Madlener ameliyatı önerilir. (2)

"Gastrik outlet obstrüksiyon" Cerrahi tedavi olarak iyi riskli hastalarda, Trunkal Vagotomi ve Antrektomi veya Trunkal Vagotomi ve Gastroje junostomi ameliyatları tavsiye edilmektedir. Kötü riskli yaşlı hastalarda ise Trunkal Vagotomi ve gastroje junostomi tavsiye edilmektedir. (16)

Kliniğimizde 1988-1992 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen 536 hastanın retroispektif olarak incelenmesi ile elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

a) 1988'den 1992'ye kadar olan 5 yıllık sürede, tüm dünyada olduğu gibi, kliniğimizde de, peptik ül-

ser olgusu sayısında düşme vardır, b) H_2-reseptör blokerleri ve Omeprazole gibi ilaçların, ekseriya, inatçı ülser ağrısını ortadan kaldırdığı kabul edilir. Ancak peptik ülser diatezi ortadan kalkmadığı için, kliniğimizde ve tüm dünyada daha yaşlı bir cerrahi peptik ülser hasta popülasyonu tesbit edilmeye başlanmıştır. Kliniğimizde, 1988'de yaş ortalaması 39,4 iken, 1992'de 48,6 ya çıkmıştır. c) Son yıllarda müracaat eden hastaların ülserleri, ekseriya, kronik penetran ülserler olup, çoğunluğunun 10-20 senedir mide şikayetleri mevcuttur. d) Pilor stenozu olgularının yüzdesinde 1988'de % 31,6'dan 1992'de % 35,2'ye yükselme vardır. e) Yaptığımız çalışma kapsamına alınmamış olmakla beraber ülser perforasyon ve kanama oranı literatür verilerine göre değişmemiş, bunda aspirin başta olmak üzere nonstreridal antienflamatuar ilaçların sık ve dikkatsizce kullanılmasını rolü olmuştur. f) Duodenal ülser olguları için kliniğimizde en çok uygulanan ameliyat Trunkal Vagotomi ve piloroplasti iken, diğer memleketlerde en çok benimsenen ve önerilen ameliyat Proksimal gastrik Vagotomidir. g) Ancak kliniğimizde de mide ülserli olguları dışlanırsa, ekseriya, daha konservatif ve nonrezektif ameliyatlar uygulanmaktadır. h) Yabancı literatürde erkek/kadın oranı yaklaşık olarak eşit olduğu halde, bizim serimizde erkek/kadın oranı erkek lehine artma göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. **Bliss D. W., Stabile B. E.**: The impact of ulcerogenic drugs on surgery for the treatment of peptic ulcer disease. Arch Surg. 126: 609-612, 1991
2. **Csendes A, Braghetto I, Calvo F.**: Surgical treatment of high gastric ulser Am J Surg. 149: 765-776, 1985
3. **Fineberg HV, Pearlman LA.**: Surgical treatment of peptic ulcer in the United States: Trends before and after the introduction of cimetidine Lancet 1: 1305-1307, 1981
4. **Friedman G, Omeprazole.**: Amer. J. Gastro. 82:188, 1987
5. **Greenall M. J. and Lehnert T.**: Vagotomy or gastrectomy for elective treatment of benign gastric ulceration Dig. Dis. Sci. 30: 353, 1985
6. **Herrington J. L., Davidson J. and Shumwey S. J.**: Proximal gastric vagotomy. Follow-up of 109 patients for 6-13 years Ann. surg. 204:108, 1986
7. **Holle F., Anderson S. Vagotomy.**: Springer, Berlin, Heidelberg, Newyork 1974
8. **Johnston D., Wilkinson A. R.**: Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Br. J. Surg: 57: 289-296, 1970
9. **Johnston D., Blackett R. L.**: Recurrence peptic ulcers World J. Surg 11:247-282, 1987
10. **Jordan P. H.**: Jr Surgery for peptic ulcer disease Curr Probl Surg 28: 267-330, 1991
11. **Katkhouda N. Moviel J.**: A new technique of surgical treatment of chronic duodenal ulcer without laparotomy by videocoelioscopy A J Surg 161: 361-364, 1991
12. **Koo J, Lam S. K. Chan P.**: Proximal gastric vagotomy, truncal vagotomy with drainage and truncal vagotomy with antrectomy for chronic duodenal ulcers Ann Surg 197: 265, 1983
13. **Lundegardh G; Holmber L; Krusemo U. B.**: Long-term survival in patients operated on for bening petic ulcer disease. Br J Surg, 78 (2) p: 234-6, 1991
14. **Parrilla P, Lujan J. A, Fuente T, Cifuentez J, Perez D.**: Duodenogastric reflux quantification in peptic ulcer surgery: comparison between different surgical techniques. Surgery, 113 (1) p: 43-7, 1993
15. **Reid D. A. Duthie H. L. Brnson C. J. and Johnson A. G.** Late follow-up of highly selective vagotomy with excision of ulcer compared with Billroth-I gastrectomy for treatment of benign gastric ulcer Br J surg 69-605, 1982
16. **Silen W.**: Management of obstructing duodenal ulcer: Common problems in gastrointestinal surgey (ed) Joseph E. Fischer Year book medical publishers 1122-116, 1989
17. **Stabile B. E.**: Current surgical management of duodenal ulcers Surg Clic. N Amer. vol: 72 Number: 2, 335-256, 1992
18. **Taylor T. V., Lythgoet J. P. Mac Farland J. B. Gilmare I. T.**: Anterior lesser curve seromyo-

tomy and posterior truncal vagotomy versus truncal vagotomy and pyloroplasty in the treatment of chronic duodenal ulcer. Br. J. Surg Vol. 77, 100-1009, 1990

19. **Thomas W. E. G.:** Thompson M. HI and **williamson** R. C. M. The longterm outcome of **Billroth-I** partial gastrectomy for benign gastric ulcer Ann Surg 195: 189, 1982

20. **Wyllie J. H., Alexander-Williams J, Kennedy T. L., Clark C. G.:** Effect of cimetidine on surgey for duodenal ulcer Lancet 1: 307, 1981